

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 134

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES UTÉRINS ABERRANTS

de la cavité abdominale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Juin 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles CASSABOIS

Né le 2 février 1875, à Chaux-du-Dombief (Jura)

LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

—
Juin 1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES UTÉRINS ABERRANTS

de la cavité abdominale

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1898-99. — N° 134

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

[DES

FIBROMES UTÉRINS ABERRANTS

de la cavité abdominale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

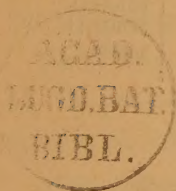
Et soutenue publiquement le 7 Juin 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles CASSABOIS]

Né le 2 février 1875, à Chaux-du-Dombief (Jura)



LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

—
Juin 1899

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	{ MM. LÉPINE. BONDET.
Cliniques chirurgicales.....	{ OLLIER. PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.....	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.....	PIERRET.
Physique médicale.....	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	HUGOUNEQ.
Chimie organique et Toxicologie.....	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.....	LORTET.
Anatomie.....	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.....	RENAUT.
Physiologie.....	MORAT.
Pathologie interne.....	TEISSIER.
Pathologie externe.....	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MAYET.
Anatomie pathologique.....	TRIPIER.
Médecine opératoire.....	POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée.....	ARLOING.
Médecine légale.....	LACASSAGNE.
Hygiène.....	BARD.
Thérapeutique.....	SOULIER.
Pharmacie.....	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL.	agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS	—
Accouchements.....	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.....	BEAUVISAGE	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (Aug.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FOCHIER, Président ; CONDAMIN, Assesseur

MM. SAMBUC et BÉRARD, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

La littérature médicale, si riche en ouvrages sur les fibromes de l'utérus, n'a aucun travail d'ensemble sur les fibromes utérins libres, dans la cavité abdominale.

Il existe ça et là un certain nombre d'observations. Réunir ces observations, essayer d'en tirer quelque enseignement sur la pathogénie, l'anatomie pathologique, les symptômes et le traitement des fibromes aberrants, tel est le but de ce travail.

L'idée première en revient à M. le professeur-agrégé Condamin. Qu'il nous permette de lui adresser ici l'expression de notre bien vive et très sincère reconnaissance.

M. le professeur Fochier a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Nous le remercions tout particulièrement de l'honneur qu'il nous fait.

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à M. le professeur Renaut, pour la bienveillance qu'il nous a témoignée durant tout le cours de nos études.

Nous avons eu le plaisir d'assister, comme stagiaire, aux leçons si intéressantes de M. le professeur Bard.

Nous lui adressons nos meilleurs remerciements pour l'affabilité avec laquelle il nous a toujours accueilli.

M. le professeur-agrégé Bérard nous donne une preuve de son amabilité en acceptant de faire partie de notre jury de thèse. Nous l'en remercions sincèrement.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux d'offrir ici l'hommage d'une profonde reconnaissance à M. le docteur Rafin, chirurgien de l'hôpital St-Joseph. Nous n'aurons garde d'oublier la bonté et le dévouement dont il a fait preuve à notre égard.

Tous nos remerciements à M. le docteur Coignet, qui s'est montré un maître aimable, pendant que nous remplissions les fonctions d'externe, sous sa direction, à l'hôpital de l'Antiquaille.

Contribution à l'Etude
DES
FIBROMES UTÉRINS ABERRANTS
de la cavité abdominale

CHAPITRE I^{er}

DÉFINITION ET HISTORIQUE

On désigne sous le nom de fibromes aberrants de l'utérus, des fibromes qui, nés dans le tissu utérin, perdent, à un moment donné de leur évolution, toute connexion directe avec l'utérus et deviennent de véritables tumeurs abdominales.

Or, si nous consultons les ouvrages de chirurgie et de gynécologie, au chapitre des fibromes utérins, nous voyons qu'il est à peine fait mention de cette catégorie de tumeurs. « Quelquefois, disent les auteurs, au sujet des fibromes pédiculés sous-péritonéaux, le pédicule s'atrophie, s'amincit de plus en plus, cède à la fin, laissant la tumeur tomber dans la cavité de l'abdomen ». Bien plus, Virchow (1) met de pareils faits en doute. « Je n'ai, dit-il, observé aucun cas de ce genre et j'ai en vain cherché dans les auteurs la démonstration positive de la présence de myomes utérins libres dans la cavité abdominale, de telle sorte que j'en suis à me

(1). Virchow, Pathologie des tumeurs, traduction par Aronsohn, t. III, p. 351, 1871.

demander si l'on n'a pas fait de confusion avec les lipomes libres. »

Donc, les auteurs, qui ont parlé de ce détachement des fibromes utérins sous-séreux, auraient tous, d'après Wirchow, fait une grossière confusion. Ainsi, Rokitansky ⁽¹⁾, Howel ⁽²⁾, Nonat ⁽³⁾, Guyon ⁽⁴⁾, Kœberlé ⁽⁵⁾, Caternault ⁽⁶⁾, Broca ⁽⁷⁾, Courty ⁽⁸⁾, qui, tous admettent que certaines tumeurs fibreuses utérines peuvent tomber dans le péritoine, se trompent.

Simpson ⁽⁹⁾, Turner ⁽¹⁰⁾, qui, non seulement, admettent la possibilité de pareils faits, mais encore, déclarent systématiquement en avoir observé plusieurs, se trompent.

Et d'ailleurs, Wirchow lui-même dit avoir vu une tumeur fibreuse utérine, ayant perdu toute connexion avec l'utérus (pièce n° 166 de l'année 1862), mais, comme elle était englobée dans des adhérences, l'anatomiste allemand ne manque pas de dire que cette tumeur n'a jamais été libre, mais, simplement déplacée par les adhérences qui s'étaient fixées à elle lorsqu'elle était encore attachée à l'utérus.

Dans sa thèse inaugurale, Vercoutre ⁽¹¹⁾ consacre un

(1). Rokitansky, Handb. der path. anat. Wien, t. III, p. 543, 1842.

(2). Howel, Anat. pathol., p. 598 et seq. Paris, 1857.

(3). Nonat, Maladies de l'utérus, p. 545, 1860.

(4). Guyon, Des tumeurs fibreuses de l'utérus, thèse de concours, Paris, 1857.

(5). Kœberlé, Gazette médicale de Strasbourg, p. 545, 1860.

(6). Caternault, thèse de Strasbourg, 1866.

(7). Broca, traité des tumeurs, t. II, p. 264, 1869.

(8). Courty, Maladies de l'utérus, p. 942, 1872.

(9). Simpson, Obst. mém., t. I, p. 117, 1855.

(10). Turner, Edimbourg méd. journal, vol. VI, p. 704, 1861.

(11). Vercoutre, Des corps libres intra-péritonéaux, Paris, 1873.

chapitre à ces fibromes d'origine utérine. Il rapporte quelques exemples. Nous en avons réuni quelques observations qui, jointes à celles citées par Vercoutre, nous permettent d'affirmer l'existence des fibromes aberrants.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Saxoneia Panthei dans Th. Bonet, Sepulchret, t. III, p. 88,
obs. 2, 1700.

« Cum essem junior, vidi carnem excretam a muliere septuagenaria. Et cum esset aliqua inter Paternum et me altercatio, post obitum mulieris, aperto cadavere, inventa est uteri portio, ad magnitudinem ovi, separata ab utero reliquo, simul cum sanguine grumoso »

N'est-il pas évident que cette chair excrétée par cette vieille femme, était un fibrome utérin, expulsé par les voies génitales, et que cette portion d'utérus séparée du reste de l'organe, dont elle avait l'aspect, grosse comme un œuf, et qu'on a vue, aperto cadavere, était un autre fibrome utérin tombé dans le péritoine, la rupture du pédicule ayant amené un épanchement sanguin, cum sanguine grumoso !

OBSERVATION II

John Reid, Anat. Obst., *Edimbourg medical and Surgical Journal*, 1836.

« L'auteur a trouvé dans l'intérieur du péritoine une tumeur fibro-cartilagineuse du volume d'une noisette, enve-

loppée d'une membrane séreuse et parfaitement libre. Le corps de l'utérus présentait encore immédiatement au-dessous du péritoine un certain nombre de tumeurs rondes, de volume variable, les plus grosses entièrement calcaires, les plus petites fibro-cartilagineuses. Deux de ces dernières avaient poussé le péritoine devant elles, et n'étaient plus attachées que par un pli de cette membrane.

OBSERVATION III

Extraite du *Bulletin de la Société anatomique de Paris*,
1^{er} mars 1845, p. 13.

M. Demarquay présente une tumeur volumineuse du poids de 4 kilog. environ, qu'il a recueillie sur une femme de 60 ans. Cette tumeur a une enveloppe fibreuse, dans laquelle se sont développés plusieurs points osseux. Elle est entourée de grosses veines, et dans son intérieur on trouve une série de lobes séparés les uns des autres par du tissu cellulaire et des veines. Elle était située dans la fosse iliaque droite et dans le petit bassin; quoique disséquée avec soin, cette tumeur n'a pas paru avoir de pédicule. L'utérus était rempli par un liquide brunâtre.

M. Barth fait remarquer que les tumeurs de cette nature se développent toujours dans la région hypogastrique, et que leur analogie avec les tumeurs fibreuses de l'utérus, doit les faire regarder, comme naissant de ce corps.

OBSERVATION IV

Extraite du *Bulletin de la Société anatomique de Paris*,
décembre 1856.

M. Dolbeau fait voir un corps fibreux du volume d'une tête de fœtus et libre dans la cavité abdominale. Cette tumeur a

été trouvée sur une femme d'une soixantaine d'années. Elle reposait librement dans la fosse iliaque droite. Des adhérences lâches l'unissaient à l'extrémité supérieure de la vessie et à la paroi abdominale antérieure au-dessous de l'ombilic. La partie supérieure donne naissance à un cordon spiroïde, qui rappelle à s'y méprendre, le cordon ombilical. Cependant en y regardant de plus près, on constate que ce cordon est constitué par un petit axe fibro-celluleux, autour duquel s'enroule irrégulièrement une grosse veine, qui se dirige en haut et à droite, et se jette à plein canal, dans une des veines épiploïques. La masse fibreuse est dure, homogène, et présente un aspect feutré.

M. Dolbeau pense que cette tumeur est un corps fibreux de l'utérus, qui s'est pédiculé et est devenu libre ; il en invoque pour preuve l'existence d'un autre corps fibreux, gros comme une petite noisette et qui fait saillie en haut et à gauche de l'utérus. Du reste, ce dernier organe n'a plus aujourd'hui aucun lien avec la tumeur.

OBSERVATION V

Turner, *Edimbourg médical Journal*, p. 698, 1861.

« Cadavre destiné aux dissections de l'Université. Femme de 79 ans. A l'ouverture du cadavre, on trouva une tumeur calcareo-fibroïde, du volume d'une noix, unie à la moitié droite de la surface antérieure de l'utérus, par une bande mince, large, qui était son pédicule. Reposant sur le plancher du cul-de-sac recto-vaginal, existait une tumeur arrondie, à peu près du volume d'une noisette : elle était complètement libre, sans aucune connexion quelconque avec les parties adjacentes. La structure était calcareo-fibroïde. Une troisième tumeur de même nature et du volume d'un pois était englobée

par des adhérences, sur le plancher du cul-de-sac recto-vaginal. »

OBSERVATION VI

Harrisson, *American Journal*. Obst. New-York, chap. XI,
p. 766, 1878.

Cas de détachement spontané d'un fibrome pédiculé sous-péritonéal.

Le docteur Harrisson fut appelé, il y a trois ou quatre ans, pour un cas, dans lequel, il diagnostiqua un fibrome sous-séreux de l'utérus, avec pédicule très mince rendant la tumeur mobile. Quelque temps après la malade eut une attaque de péritonite localisée. Ensuite il advint une ascite, pour laquelle le docteur Harrisson pratiqua une ponction. La malade s'affaiblit rapidement. L'occasion se présenta de faire une nouvelle ponction. Quelques mois après la malade mourut. A l'autopsie, on trouva une tumeur fibroïde, entièrement détachée de sa souche et voyageant au milieu des viscères. L'utérus était presque dans sa grosseur normale. La tumeur n'avait certainement pas pour origine, les ovaires, car ceux-ci étaient intacts.

Le docteur Harrisson regretta fort de n'avoir pas opéré la malade.

Le docteur Peaslee demande comment la tumeur se nourrissait.

Le Dr Harrisson répond qu'elle était attachée par un côté au ligament large. Il suppose qu'elle prenait sa nourriture par cette voie.

Le Dr Peaslee observe que c'est un fait acquis dans la pathologie des tumeurs, que le simple contact avec le péritoine est suffisant pour empêcher la perte de leur vitalité.

OBSERVATION VII

Homans, *Boston Medical and surgical Journal*,
vol. CXX, n° 7, p. 165, 1899.

Fibrome utérin détaché.

Le docteur John Homans rapporte un cas de tumeur fibreuse, qui s'est complètement séparée de l'utérus, et qui a causé la mort, par obstruction intestinale, après la délivrance, deux attaques graves ayant eu lieu pendant la grossesse.

Le docteur Homans, dit que c'est un des plus remarquables spécimens qu'il ait jamais vus. Comme tumeur, elle n'offrait rien de remarquable, mais quelle que soit la position qu'elle ait eue par rapport à l'utérus, par suite des contractions de cet organe, ou bien par un autre mécanisme, elle avait perdu tout rapport avec le corps utérin. Des adhérences s'étaient établies ensuite entre la tumeur et l'utérus. Le fibrome avait davantage de connexion avec les intestins.

La tumeur était entièrement nourrie par le péritoine. Les adhérences intestinales présentaient des ouvertures à travers lesquelles faisaient saillie des portions d'intestin. La constriction ainsi produite, fut la cause de la mort de la malade.

Voici son histoire : « Le 11 juin 1888, dit le docteur Homans, une dame de 38 ans, mariée au mois de janvier précédent, me fut amenée par le docteur F. W. Chopin de Springfield, quant à savoir, si elles étaient complètement séparées ou non ; c'est ce que je fus incapable d'affirmer. L'une était field. A l'examen, je trouvai deux tumeurs abdominales ; située dans la fosse iliaque droite, et était élastique. L'autre remplissait la moitié gauche du pelvis, la cavité du sacrum et la plus grande partie du vagin. Elle était dure et paraissait

lobulée. L'orifice du col utérin occupait une position élevée au-dessous du pubis. Le col n'était que faiblement mobile. Le canal cervical paraissait être comprimé, le fond de l'utérus n'a pu être découvert.

« Les règles avaient cessé le 2 avril. Les aréoles mammaires étaient plus foncées que chez une vierge, et les petites glandes plus prononcées.

« La malade avait eu par intervalles, quelques nausées depuis le mois d'avril. Je n'ai pu entendre aucun bruit de cœur fœtal, ni de souffle placentaire. La tumeur fibreuse s'étendait jusqu'à l'ombilic. Je diagnostiquai deux tumeurs, à savoir, un utérus en état de grossesse, et un fibrome utérin.

« Le 6 juillet, je fus appelé à Springfield, où je me rencontrai avec le docteur Breck senior, le docteur Mac Lean, et le docteur Beach de Hartford, le docteur Chopin étant parti pour l'Europe. La malade avait été atteinte, le 30 juin, de douleurs abdominales vives, de vomissements et de constipation. Cet état avait ainsi persisté, et les douleurs n'avaient pu être calmées que par des injections sous-cutanées de morphine, à hautes doses. Il n'y avait pas de symptômes d'avortement, bien que cette éventualité parut vraisemblable. Les tumeurs étaient molles : elles se durcissaient parfois, lorsque les douleurs abdominales s'accroissaient.

« Il y avait occlusion intestinale ; depuis une semaine, la constipation était opiniâtre, et aucun purgatif n'avait efficacement agi.

« Je demeurai toute la nuit auprès de la malade, j'étudiai le cas, dans l'intention de faire la laparotomie, si cela paraissait être mon devoir. Au matin, la malade parut aller mieux.

« Elle demeura trois semaines à la maison. La constipation avait cédé sous l'influence du calomel. Cet état satisfaisant se continua jusqu'en octobre. A ce moment, la grossesse se prononçant, les mêmes symptômes du mois de juillet, se présen-

tèrent de nouveau, et, les vomissements devinrent stercoreux. Néanmoins, cette crise disparut comme la précédente et la malade fut délivrée d'une fille bien portante par le docteur Chopin, le 9 janvier, 283 jours après la cessation des règles. Le travail fut normal.

L'utérus diminuant de volume, il devint évident que la tumeur fibreuse, de consistance dure, était entièrement détachée de cet organe.

« Après les couches, les mêmes symptômes qui s'étaient manifestés deux fois, apparurent de nouveau et augmentèrent graduellement d'intensité. Le pouls battait à 140. L'émaciation se produisit rapidement. Les vomissements ne purent être arrêtés que par la morphine; ni les lavements, ni les purgatifs ne purent agir sur la constipation. Je vis cette dame le 16 et le 17 janvier. Il me sembla qu'une opération, dans l'état de faiblesse où se trouvait la malade, serait fatale. Les docteurs Chopin et Breck confirmèrent cette opinion. D'ailleurs, il était possible, qu'une résolution survint, comme précédemment. Il me sembla que les intestins étaient adhérents à la tumeur; ils avaient pris une direction angulaire par suite de leurs connexions avec le fibrome, et étaient peut-être comprimés par les bandes adhésives.

« La mort eut lieu le 24 janvier. A l'autopsie, que je fis avec le docteur Chopin, nous trouvâmes une distension de quelques anses d'intestin grêle.

« Le gros intestin ne présentait aucune augmentation de volume. La tumeur reposait sur les vertèbres lombaires, avec son grand axe étendu transversalement. Elle avait une coloration bleue à l'extérieur, mesurait près de 7 pouces $1/2$ de longueur et 4 d'épaisseur. De vieilles adhérences la reliaient aux parois latérales de la région lombaire gauche. De ce côté le péritoine était adhérent à la tumeur, sous la forme d'un éventail, dont le sommet correspondait au fibrome. Au-dessous

de cette bande, le colon descendant poursuivait son trajet sans obstruction. Des adhérences rattachaient également l'extrémité droite de la masse fibreuse avec le mésentère, près de l'extrémité droite de la trompe de Fallope. Une de ces brides exerçait une certaine constriction sur l'intestin distendu. L'iléon était relié à la face inférieure de la tumeur. Il s'était formé des orifices, à travers lesquels s'étaient engagées des portions d'intestin. Il y avait eu obstruction sans étranglement complet.

« En résumé, tumeur fibreuse du poids de deux livres et demie, qui s'était séparée graduellement de l'utérus et se nourrissait par l'intermédiaire des adhérences. Il y avait eu deux attaques successives d'occlusion intestinale, en rapport avec l'évolution de la grossesse et la mort était survenue après la naissance de l'enfant. C'est un argument qu'on peut invoquer pour interdire le mariage aux femmes porteuses de fibromes, et ce cas plaide aussi en faveur de l'enlèvement des fibromes sous-péritonéaux par la laparatomie. »

OBSERVATION VIII

The medical and surgical Reporter, janvier-juin 1889, vol. LX,
Philadelphie.

*Tumeur probablement d'origine utérine attachée à l'intestin
grêle, enlevée par la laparotomie, J. Packard.*

Kate M..., née en Irlande, âgée de 26 ans, domestique, célibataire, a été admise à l'hôpital Saint-Joseph le 18 novembre 1888. Pas d'antécédents héréditaires. Antécédents personnels bons également, à l'exception d'une attaque mal déterminée qu'elle a eue, il y a trois ans, et qui ressemblait probablement par divers points, à celle qu'elle présente actuellement. Le médecin qui l'a examinée à ce moment, avait diagnostiqué

une inflammation intestinale, de nature quelconque. La malade a été vue par deux médecins avant son admission à l'hôpital. Le premier a déclaré qu'elle avait eu une inflammation de l'utérus, tandis que le second a donné à entendre aux amis de la malade qu'elle était enceinte.

Au moment de son entrée, elle souffrait, dit-elle, depuis trois semaines, l'état ayant empiré graduellement.

A l'examen, on trouve l'abdomen énormément distendu, et d'une sensibilité excessive au toucher. Elle éprouve une douleur constante dans tout l'abdomen.

Température 101° Fahrenheit. Pouls 100, moyennement fort.

On ne relève sur la paroi abdominale ni trace de traumatisme, ni marques de violences. L'examen vaginal ne donne rien d'anormal.

La menstruation établie à l'âge de quinze ans a toujours été régulière.

La douleur s'étant suffisamment calmée, on peut procéder au palper de la région abdominale. Sensation nette de fluctuation.

Dans la région ovarienne gauche, il y a une aire de matité, variant un peu et ne disparaissant pas lorsque la malade est tournée sur le côté gauche. Une pression profonde exercée en cet endroit fait découvrir une masse dure, fuyant sous les doigts; mais revenant à sa position initiale, dès que la main n'appuie plus.

Par suite de l'extrême tension de la paroi abdominale, il est impossible de se prononcer sur la nature de la tumeur et sur ses rapports.

Le tympanisme et l'ascite ne cèdent pas aux agents médicaux. Comme la malade s'affaiblit et présente au bout de trois semaines des intermittences dans sa respiration on se décide à faire une incision exploratrice.

L'opération est pratiquée par le docteur Packard, le samedi 8 décembre.

Le péritoine très épais et congestionné se distingue à peine des intestins.

L'ouverture de l'abdomen donne issue à cinq ou six quartes de sérum clair.

L'incision agrandie permet de voir une tumeur attachée à une anse d'intestin, dans le segment inférieur de la cavité abdominale, à gauche de la ligne médiane. Cette tumeur, un peu plus grosse qu'une tête de fœtus du poids d'une livre et demie a une consistance ferme. Elle est encapsulée et attachée par un pédicule étroit de la largeur d'un pouce. Cette bride adhère à presque toute la circonférence de l'intestin. On la dissèque soigneusement pour la séparer et tous les points saignants sont ligaturés.

Lavage complet de la cavité péritonéale avec une solution de sublimé à 1/15.000.

Le péritoine et la paroi abdominale sont suturés séparément, le premier avec du catgut, la seconde avec des crins de Florence. Un tube de drainage en verre est placé dans le cul-de-sac de Douglas et la plaie recouverte d'un pansement.

Toutes les précautions antiseptiques ont été prises pendant l'opération.

La malade présente un schock considérable accompagné de vomissements qu'arrête une goutte de créosote prise toutes les deux heures et administrée dans du sirop de vanille.

Pendant cette période le thermomètre marque une température de 96° 3/5 dans la bouche, 97° 4/5 sous l'aisselle et 101° dans le rectum.

Pendant les premières vingt-quatre heures, il n'y a pas de malaise ni d'agitation suffisants pour que l'on fasse appel à l'emploi des anodins. Jusqu'à ce moment, environ six onces

de sérum sanguinolent se sont écoulées de la cavité abdominale.

Quatre onces d'eau distillée chaude sont alors poussées par le tube de drainage. On les fait rester quatre ou cinq minutes. Peu de temps après que l'eau chaude est retirée, la malade se plaint de douleurs vives, lancinantes, avec une sensibilité marquée de l'abdomen.

Devant la gravité des symptômes, on applique un suppositoire d'opium, qui amène bientôt un sommeil calme, sans retour de la douleur au réveil.

Trente-six heures après l'opération, une toux légère, mais persistante apparaît. Elle est probablement due à une congestion hypostatique, car le changement de position la fait cesser.

Pendant trois jours, la température prise dans la bouche ne dépasse pas 100° degrés 2/5, le pouls variant de 90 à 100.

Puis la malade manifeste un vif désir de nourriture, préférant le lait à tout autre aliment.

Les suites de l'opération sont excellentes. Le 14 décembre, le sixième jour après l'opération, on enlève le tube de verre pour le remplacer par un tube en caoutchouc.

On laisse ce dernier jusqu'au 17. Ce jour-là, la malade a une selle spontanée et tout à fait normale.

Il y a de la suppuration le long des sutures, probablement par suite d'une asepsie insuffisante des crins de Florence employés. Le 24 décembre, seizième jour, on permet à la malade de s'asseoir sur son lit. La plaie est complètement guérie.

OBSERVATION IX (Inédite)

Marie Rougerie, célibataire, âgée de 42 ans, ouvrière en pelletteries, entre le 2 février 1899, à la Charité, salle Sainte-Thérèse, pour une tumeur abdominale.

Comme antécédents, maux de tête fréquents jusque vers l'âge de 40 ans.

Une bronchite aiguë, il y a deux ans.

Un peu de catarrhe bronchique en novembre et décembre 1898. Jamais d'hémoptisie, goître léger qui aurait débuté à la puberté.

En ce qui concerne la menstruation, la malade fut réglée pour la première fois à l'âge de 9 ans. Etat menstruel assez régulier surtout à l'âge de 17 ans. Depuis 4 années, les règles apparaissent tous les 30 jours, et n'ont qu'une durée de 24 heures. Auparavant elles avaient lieu pendant 4 jours. Depuis cette époque, la malade présente un peu de dysménorrhée.

Douleurs vagues, supportables, localisées dans la région lombaire et dans l'hypogastre. Les douleurs cessent complètement, dès que l'écoulement sanguin a paru. Jamais de leucorrhée.

La malade est vierge.

Le ventre a commencé à grossir, au dire de la malade, depuis environ 3 ans.

Vers le mois de juin 1898, troubles digestifs et amaigrissement très rapide.

Depuis 2 mois, l'embonpoint est un peu revenu. Vers ce même temps (été 1898), la malade, pendant 2 mois a présenté aux membres inférieurs un peu d'œdème, cédant très bien au repos de la nuit, et se reproduisant le lendemain pendant le travail. La malade coud sans employer de machine.

Pas de constipation. Bonne digestion. Appétit diminué depuis la maladie actuelle.

A l'inspection, l'abdomen est distendu, en avant surtout ; il est analogue à l'abdomen d'une femme enceinte de 6 à 7 mois. Développement notable du réseau veineux superficiel, notamment sur la ligne médiane et à gauche.

Au toucher, le corps de l'utérus est en arrière, repoussé par la tumeur. Col de nullipare.

Au palper abdominal la tumeur du volume d'une tête d'adulte, paraît un peu étalée et remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Elle est très nettement mobile et paraît extra-pelvienne. La mobilité dans le sens vertical se communique imparfaitement à l'utérus; dans le sens latéral, la mobilité plus grande ne communique aucun mouvement à l'organe utérin.

Par suite de sa mobilité particulière, la tumeur semble donner l'impression d'une volumineuse masse, qui flotterait librement dans un liquide. Néanmoins, on ne perçoit pas de fluctuation bien nette.

La tumeur paraît nettement lobée, mais ne présente pas de petites bosselures. Sa surface est plutôt lisse.

A la percussion, matité latéralement; sonorité en haut, au-dessus de l'ombilic, et très en arrière, surtout du côté droit. La matité se déplace légèrement, selon les différentes positions données à la tumeur.

Le 6 février, M. le professeur agrégé Condamin opère la malade.

Myomectomie, hystérectomie.

La tumeur fibreuse atteint le volume d'une tête d'adulte environ. Consistance dure; surface lisse, forme ovale. Elle a contracté des adhérences avec l'épiploon. A ce niveau, on constate de gros paquets vasculaires artériels et veineux. Dans le centre du paquet, se trouve une artère volumineuse, comparable à la radiale, et dont on a fait séparément la ligature. Les veines au nombre de 4 à 5 sont tortueuses, volumineuses, enroulées sur elles-mêmes. L'une d'entre elles a la grosseur du petit doigt. Chaque tronc vasculaire est non seulement constitué d'une grosse veine et d'une artère; on trouve dans chaque faisceau vasculaire un canal de la grosseur d'une plume

d'oie, qui semble correspondre à des vaisseaux lymphatiques présentant de nombreuses dilatations, dont quelques-unes ne sont pas en rapport direct avec le vaisseau et forment de petits kystes appendus aux vaisseaux lymphatiques.

M. le docteur Fabre, chef de laboratoire de M. le professeur Fochier, perce avec une pipette un de ces petits kystes, et trouve un liquide clair, se coagulant par la chaleur, et renfermant un grand nombre de globules blancs.

Tous ces organes sont englobés dans des franges épiploïques, qui sont contournées sur elles-mêmes, ce qui semblerait indiquer que ce pédicule secondaire s'est plusieurs fois tordu sur lui-même. La longueur de ce pédicule est de 20 à 25 centimètres environ. Il comprend presque la totalité du grand épiploon enroulé sur lui-même. La section du pédicule a été faite, à peu près, à 10 centimètres de la tumeur.

Le fibrome tient encore à la paroi abdominale, par deux grosses adhérences; l'une à l'intestin grêle, assez étendue, occupe un espace égal à la moitié de la paume de la main, Cette adhérence, quoique très intime, a été facilement séparée, par des tractions légères et des pressions à l'éponge fine. Il en est résulté du côté de l'intestin, une hémorragie, arrêtée par péritonisation de la surface cruentée. L'autre adhérence existe avec le péritoine pariétal de l'hypocondre droit. Cette dernière adhérence est fibreuse, très dure, très résistante.

Elle forme aussi un pédicule d'une longueur de 15 à 20 centimètres. Il a l'épaisseur d'un pouce et contient dans son intérieur, une artère, à la surface de laquelle on ne constate aucune varicosité veineuse apparente, ni aucun vaisseau veineux.

La tumeur fibreuse n'est reliée à l'utérus par aucun pédicule. Des recherches attentives n'ont permis de découvrir aucune trace de pédicule ancien, soit sur le fibrome, soit sur l'utérus. Ce pédicule a dû exister au début, mais s'est atrophié

et a dû disparaître, lorsque les adhérences secondaires, précédemment signalées, ont pu avoir une vascularisation assez importante pour nourrir la tumeur.

Le fond de l'utérus est lobulé par cinq ou six noyaux fibromateux, très visibles sur la surface péritonéale de l'organe. Le fond de l'utérus avec tous ces petits fibromes a, à peu près, le volume d'une orange. Un de ces noyaux fibromateux du volume d'une mandarine est pédiculé et tient au corps utérin par un pédicule extrêmement mince. Il paraît représenter ce qu'a dû être la grosse tumeur au début de son évolution. La portion intra-abdominale de l'utérus a été sectionnée à la base et un fin surjet a été pratiqué sur la surface de section.

En résumé :

1° Utérus fibromateux présentant dans son épaisseur 5 ou 6 nodules fibreux, du volume d'une noisette à une noix.

2° Fibrome pédiculé de la grosseur d'une mandarine ;

3° Gros fibrome du volume d'une tête d'adulte, séparé de l'utérus et vivant d'une vie indépendante dans la cavité abdominale où il se trouve nourri par des adhérences épiploïques, intestinales et péritonéales. Il offre à la coupe la structure habituelle des fibromes et ne contient aucune cavité kystique dans son intérieur.

A la suite de l'opération, la malade présente un schock considérable.

Les jours suivants, elle a des vomissements. Son état empire graduellement.

Morte le 10 février. A l'autopsie, péritonite.

OBSERVATION X (Inédite)

Juveneton Anne, femme Gross, âgée de 53 ans, mariée, entre à la Charité le 18 avril 1899.

Elle a eu deux accouchements ; le premier en 1873 ; le

second en 1878. Pas de fausses couches. A eu la coqueluche à l'âge de 12 ans, et fut atteinte de chloro-anémie, au moment de la puberté.

Première menstruation à 13 ans.

Les règles ont été régulières jusqu'en 1896.

Pendant un an, menstruation plus abondante, puis ménopause. Pas de pertes vaginales.

Depuis trois ans, la malade s'est aperçue que son ventre grossissait. Il se développait une tumeur arrondie, mobile dans l'hypocondre droit.

Cette tumeur a grossi plus rapidement depuis la ménopause, sans amener ni douleurs, ni autre trouble fonctionnel, du côté de la miction ou de la défécation.

La malade a eu un état général assez bon ; elle a maigri depuis une année environ.

Actuellement, on constate une grosse tumeur abdominale, remontant jusqu'à l'appendice xiphoïde, remplissant les deux fosses iliaques et refoulant la masse intestinale à droite et à gauche vers les fausses côtes.

Toute la partie sus-ombilicale et latérale de l'abdomen est sonore ; la tumeur étant mate sur toute son étendue.

Au point de vue de la consistance, certaines parties de la tumeur donnent une sensation de dureté, d'autres une sensation de renitence.

La tumeur est mobile latéralement. Les veines sous-cutanées sont assez développées.

L'utérus de volume normal, en antéflexion peu prononcée, est très facilement accessible par le toucher. Il semble être complètement descendu dans le vagin, et maintenu dans cette position anormale par la pression supérieure communiquée par la tumeur.

On constate que l'utérus est complètement indépendant de la tumeur, laquelle cependant est perceptible par le toucher.

Le 20 avril, M. le Professeur agrégé Condamin opère la malade. Il pratique la laparotomie et tombe sur une tumeur très sanguine, ayant à sa périphérie des espaces en quelque sorte soufflés à contenu liquide. Cette tumeur est aussi très œdémateuse. On constate qu'elle a pour point de départ le ligament large droit. Elle a dédoublé le mésentère.

Irruption de l'intestin dès que la tumeur est sortie de l'abdomen. On le maintient avec des tampons. Il s'écoule une notable quantité de sang dans l'abdomen, pendant l'extirpation de la tumeur.

Suture au catgut de toute la portion du mésentère qui avait été dédoublée et incisée pendant l'opération. A ce moment on constate que l'utérus est à une certaine distance du pseudo-pédicule de la tumeur et n'a pas de connexion avec elle. On le laisse en totalité.

Pour abréger l'opération et aussi pour extérioriser tous les lambeaux du ligament large qui contenaient la tumeur, on place un petit lien élastique, qui maintient, sans qu'il soit fait de traction trop violente, le tout vers la partie inférieure de l'incision abdominale. On place au-dessus et en arrière au niveau du mésentère dédoublé un petit drainage à la miculicz par où il s'écoule après l'opération, pendant quelques jours, un peu de sérosité.

Température presque nulle, après l'intervention. Puis, concomitamment avec un état gastrique assez accusé, la température oscille pendant plusieurs jours entre 39° 5 et 38° 5. Deux ou trois vomissements bilieux.

Vers le huitième jour on enlève le lien de caoutchouc et le petit moignon qu'il contenait. Suppression du miculicz.

A partir du dixième jour la température tombe. L'état général se remonte rapidement.

La cicatrisation de la plaie est rapide et la malade guérie manifeste le désir de quitter l'hôpital.

L'ovaire droit a été enlevé avec la tumeur. Cette dernière pesait 10 kilog. et contenait au moins deux litres de sérosité, et de sang veineux dans de vastes lacunes.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

« Une loi importante du développement des fibromes utérins, dit Turner, c'est leur tendance à s'isoler de l'utérus. » Prenons une tumeur sous-muqueuse. En vertu du principe énoncé, nous aurons soit un polype pouvant devenir corps libre de la cavité utérine, après rupture du pédicule, soit un fibrome libre de l'intérieur de l'utérus, si la tumeur ne subit pas le phénomène de la pédiculisation. Qu'au lieu de se porter vers la cavité utérine, le fibrome se dirige vers l'abdomen, il rentrera dans la variété des fibromes sous-péritonéaux. Le mouvement de séparation continuant, ou bien la tumeur se pédiculisera, pourra rompre son pédicule et devenir corps libre dans la cavité abdominale, ou bien elle tombera dans l'abdomen sans passer par la pédiculisation.

Dans la discussion pathogénique des fibromes aberrants, nous aurons donc à considérer deux variétés de tumeurs fibreuses : les fibromes sous-péritonéaux pédiculés et les fibromes non pédiculés.

Or, quelle est la constitution du pédicule ? Il se compose essentiellement d'une enveloppe péritonéale,

engainant un prolongement du tissu musculaire de l'utérus, avec des vaisseaux et peut-être des nerfs. La vascularisation du pédicule est d'ailleurs des plus variables. Chambers a vu plusieurs artères du volume d'une plume; Grailey Hertwitt en signale qui avaient un demi-pouce de diamètre. Dans d'autres cas, les vaisseaux sont très rares et très petits. Les veines sont toujours plus nombreuses, plus volumineuses que les artères. Dupuytren et Billroth, Poirier, y décrivent des vaisseaux lymphatiques.

Si le prolongement musculaire est volumineux, la connexion des fibromes avec l'utérus peut persister longtemps. Dans d'autres cas, au contraire, les fibres musculaires s'atrophient dans le pédicule; les vaisseaux y deviennent de plus en plus rares et il finit par ne plus y avoir que du tissu connectif sous-séreux lâche. Le pédicule se réduit à de faibles proportions, si bien qu'une dissection attentive est parfois nécessaire pour le découvrir, lors de l'extraction des fibromes appartenant à cette variété. Cette diminution de calibre du pédicule, liée à l'atrophie des parties qui le constituent, favorisent la mobilité de la tumeur dans la cavité abdominale. L'attache n'est plus assez forte pour retenir le fibrome qui, livré pour ainsi dire à lui-même, subit le contre-coup des changements de place et de volume des organes abdominaux. L'entortillement de la tumeur par l'intestin grêle, qui tombe si souvent dans la cavité pelvienne, peut, par suite des mouvements péristaltiques de ce dernier, déterminer des tractions sur le pédicule. La réplétion de la vessie et du rectum est également une cause de mouvements

communiqués à la masse fibreuse. Il en est de même de la pression constante et réciproque qu'exercent l'un sur l'autre la paroi et le contenu de la cavité abdominale. D'ailleurs, dans le cas où la tumeur atteint un gros volume ou présente une forte densité, elle a des tendances à tomber vers le bas et son propre poids contribue aussi à amincir le pédicule.

Tous ces agents, qu'ils agissent de concert ou non, déterminent l'élongation de ce dernier, et il peut arriver qu'au bout d'un certain temps de cette traction continue, le pédicule finisse par se rompre complètement.

C'est cette théorie qu'admet Rokitansky. Il ne croit pas au mécanisme invoqué par Turner, Gusserow et Virchow; ces anatomistes pensent que la rupture du pédicule est le résultat des tractions communiquées à la tumeur par les adhérences qu'elles ont contractées auparavant avec les organes du voisinage. Les deux théories nous paraissent admissibles.

Que le fibrome soit relié aux organes mobiles de la cavité abdominale, il participera aux mouvements de ces derniers dans leurs variations de volume et de position.

Si la tumeur entre en connexion avec une partie fixe, comme l'os pubis, ou une autre portion de la paroi pelvienne, et si l'utérus, par suite d'une grossesse, s'élève graduellement dans l'abdomen, cette évolution utérine peut également exercer sur le pédicule des tiraillements assez forts pour le diminuer, jusqu'à amener sa séparation complète.

Il peut arriver aussi que, grâce aux diverses évolu-

tions de la tumeur dans la cavité abdominale, le pédicule vient à se tordre. Vercoutre érige ce phénomène en principe. D'après lui, tous les appendices, quels qu'ils soient, normaux ou morbides, de la cavité abdominale, peuvent à un moment donné subir la torsion de leur pédicule, et, ajoute-t-il, elle amène souvent le détachement de ces appendices. Il prend en quelque sorte la nature sur le fait, dans une observation que nous rapportons ici :

« En 1867, vers l'angle supérieur gauche de l'utérus, était appendue une petite tumeur pédiculée du volume d'une noix, et libre de toute adhérence. Le pédicule de cette tumeur, long de 3 centimètres environ, très dur et très épais, était tordu une fois sur lui-même. Le pédicule était très aminci et la tumeur presque entièrement calcaire se détacha par une très faible traction. »

Quels sont donc les effets de la torsion ? C'est en somme ceux d'une ligature qu'on placerait sur le pédicule. La torsion peut présenter des degrés variables, de même qu'une ligature peut être plus ou moins serrée.

Il en résultera donc une oblitération plus ou moins accentuée des vaisseaux.

Les artères du pédicule doivent à leur situation plus centrale et à la résistance de leurs parois de rester perméables. Les veines, au contraire, sont rapidement oblitérées, ou tout au moins leur calibre est fortement amoindri. Le tissu musculaire s'atrophie. La torsion continuant, le processus atrophique gagne les parois des vaisseaux à leur tour, de telle sorte que le pédi-

cule s'amincit de plus en plus et finit par se rompre complètement.

Pour Kurz (1), l'atrophie des tissus est due à l'apport moindre des matériaux de nutrition. Peut-il y avoir nécrose? L'auteur allemand admet ce phénomène, mais, contrairement à l'opinion de Brennecke, il prétend que la nécrose ne va pas sans une réaction fébrile se manifestant sur l'état général et sans suppuration.

Ajoutons aussi que le pédicule peut subir le contre-coup d'une inflammation ou suppuration du voisinage. Il s'enflamme à son tour, peut suppurer et arriver ainsi à la désagrégation complète de ses tissus.

En terminant le chapitre qu'il consacre aux fibromes utérins libres dans la cavité abdominale, Vercountre se demande si l'on ne peut pas admettre que les fibromes interstitiels eux-mêmes peuvent également tomber dans le péritoine.

En effet, un des caractères importants des tumeurs interstitielles, c'est d'être plongées dans une atmosphère celluleuse qui les isole, pour ainsi dire, du tissu utérin et dans laquelle viennent se ramifier les vaisseaux servant à leur nutrition. Cette atmosphère celluleuse facilite l'énucléation spontanée de ces tumeurs et nous explique leur migration de l'épaisseur du tissu utérin, soit vers la cavité utérine, soit vers la cavité abdominale.

A ce dispositif anatomique, ajoutons encore les contractions de l'utérus qui tend à se débarrasser des corps étrangers contenus dans sa paroi. Ceux-ci dis-

(1) Kurz. (Centralblatt für gynécologie). Nécrose des tissus du pédicule (1895).

tendent, amincissent peu à peu la couche du tissu utérin qui les recouvre et finissent par en écarter, en dissocier les fibres, à peu près de la même manière que certains kystes hydatiques du foie écartent les fibres du diaphragme pour passer dans la poitrine.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le fibrome s'est séparé de l'utérus. Où va-t-il ? Quelles transformations est-il susceptible de subir ?

Il n'a pas lieu d'élection dans la cavité abdominale. Sa masse tend à le pousser vers le bas, et s'il n'a pas contracté d'adhérences avec certains viscères, s'il n'est pas emprisonné au milieu de la masse intestinale, il logera de préférence dans le petit bassin. On le rencontrera autour de l'utérus, dans les divers culs-de-sac qui avoisinent cet organe.

Les adhérences pourront le retenir attaché aux organes abdominaux, et il n'en est point qui, recouvert par le péritoine, ne puisse lui donner attache. Grâce à ces adhérences, il va continuer à s'accroître. « Le frottement et la pression des hystéromes, dit Demarquay (1), sur les parties voisines, produisent des péritonites partielles et des fausses membranes d'où résultent des adhérences avec l'épiploon, l'intestin grêle et le gros intestin. De nouvelles voies à la nutrition s'établissent à travers ces adhérences par les anastomoses avec les vaisseaux de l'intestin et de l'épi-

(1) Traité des maladies de l'utérus (1876).

ploon. » Ces anastomoses peuvent atteindre un volume assez considérable.

L'observation IX fournit un curieux exemple. On trouve une veine de la grosseur du petit doigt, et il se rencontre un vaisseau lymphatique du volume d'une plume d'oie.

Dans ces conditions, on peut alors avoir le fibrome classique, avec son tissu fibreux, ses fibres musculaires, sa consistance plus ou moins dure, et, à la coupe, son aspect de lignes spirales plus ou moins marquées et dessinant des tourbillons.

La torsion du pédicule peut avoir fait sentir son influence sur la constitution de la tumeur. Si d'abord, l'oblitération veineuse n'a pas été complète, le fibrome s'est œdématié. Pour Delaunay, cet œdème existerait normalement dans les gros fibromes à pédicule mince. La masse de la tumeur comprime sans cesse le pédicule et gêne sa circulation. Ainsi s'explique la consistance spéciale de ces tumeurs, consistance telle qu'il est bien difficile de ne pas faire le diagnostic de kyste de l'ovaire. Le fibrome rentre alors dans la variété des tumeurs fibro-kystiques.

Comme tout autre fibrome, il peut subir le coup de diverses dégénérescences. Il peut être frappé de ramollissement, de dégénérescence graisseuse. Il peut présenter de la métamorphose régressive, caractérisée par de l'induration et de l'atrophie, si tant est qu'il ne faille pas avec Gusserow, réduire ce processus à la dégénérescence graisseuse. Ce phénomène doit être surtout particulier aux fibromes aberrants libres de toute adhérence. Il peut enfin subir la dégénérescence

calcaire, infiltration calcaire serait mieux. C'est le sang, en effet, qui apporte et qui laisse les matériaux de calcification ; le processus, nous dit Costes, dans sa thèse inaugurale, procède du centre à la périphérie des lobules et il va de pair avec la disparition des vaisseaux. Ne doit on pas en conclure qu'un pédicule étiré ou tordu est la cause prédisposante la plus efficace de sa production ? Ne réalise-t-il pas, en effet, une lenteur dans la circulation d'apport, une suppression de la circulation de retour, grâce auxquelles le sang dépose, infiltre ses matériaux solides, tandis que les humeurs sont reprises par la circulation de suppléance que créent les adhérences. Il se dépose dans les faisceaux fibreux des grains microscopiques de sels calcaires qui augmentent de volume et de nombre, finissent par confluer et forment des concrétions allongées, arrondies. Enfin, ces concrétions se réunissent à leur tour en masses plus grandes, qui, soumises à la macération, laissent libres des fragments calcaires, sinueux, ramifiés, coralliformes, à surface arrondie ou raboteuse. Pour Virchow et Vercoutre, la dégénérescence calcaire est le mode le plus fréquent. « Une fois libres », dit Vercoutre, ces tumeurs s'infiltrent ou continuent à s'infiltrer de sels calcaires, mais ne se putréfient jamais.

Cependant, il est avéré que la gangrène et la suppuration peuvent atteindre les fibromes aberrants.

M. le professeur Fochier nous a rapporté à ce propos un cas observé dans sa clientèle. Le fibrome appendu à la face inférieure du foie présentait un état avancé de gangrène sous forme de bouillie.

(1) « La gangrène reconnaît deux origines, une origine mécanique: l'ischémie, une origine inflammatoire : l'infection. L'ischémie résulte de la constriction du pédicule, de sa torsion, de son élongation. Elle produit une gangrène totale le plus souvent. L'inflammation détermine une gangrène superficielle. Elle peut être provoquée par une inflammation du voisinage. »

« Les adhérences, dit Demarquay, peuvent être le siège d'un état inflammatoire se terminant par le ramollissement et la suppuration. »

C'est bien, sans doute, la meilleure voie ouverte à l'infection. Et, d'ailleurs, la nécrose des tissus du pédicule ne peut-elle pas se continuer jusqu'à la masse fibreuse ?

Dans une note insérée dans les annales de gynécologie (1896), Hartmann et Mignot concluent, d'après une observation, que les phénomènes de gangrène et de suppuration sont dus à la présence d'un agent infectieux, qui dans l'espèce était un anaérobie.

La partie sphacélée a une couleur noirâtre, d'un noir brunâtre, et se distingue facilement de la partie encore saine qui est grisâtre. Suivant que la gangrène a envahi une plus ou moins grande partie de la tumeur, le myome est plus ou moins ramolli. Quand la gangrène n'est que partielle, on trouve à côté des parties dures, fibreuses, des points ramollis qui s'effrittent et se désagrègent assez facilement. Si la gangrène est totale, on trouve alors une véritable bouillie, et c'est à peine si l'on distingue quelques parties saines.

(1) Guyotat, thèse de Lyon (1899). De l'élimination spontanée des fibromes de l'utérus par gangrène et suppuration.

CHAFITRE V

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Les symptômes fournis par les fibromes aberrants sont ceux des tumeurs abdominales. A part l'hémorragie interne qui peut résulter de la rupture du pédicule, rien n'est changé au cadre symptomatologique.

Et d'abord, certains fibromes peuvent ne pas faire soupçonner leur présence et ne se révéler par aucun phénomène.

Ce sont ceux qu'a frappés la dégénérescence atrophique, ceux dont le petit volume ne produit aucune gêne, ceux dont la position dans la cavité abdominale ne compromet en rien le bon fonctionnement des organes.

Les autres donneront naissance à divers symptômes. La douleur peut apparaître à des endroits variés. Elle siègera au niveau de la région où la tumeur est accessible par la palpation abdominale.

La pression sur la tumeur peut réveiller les phénomènes douloureux ; il en est de même des tiraillements

exercés sur les adhérences par la tumeur qui se meut dans la cavité abdominale. La douleur peut être sous la dépendance de la péritonite circonscrite occasionnée par le frottement de la masse fibreuse sur les organes voisins ; elle peut être due aussi à la pression exercée sur les plexus nerveux de l'abdomen et s'irradier ainsi dans diverses régions et dans les membres inférieurs.

Elle est susceptible de présenter des degrés variables ; sourde parfois, elle peut être violente, comme chez la malade de M. le professeur Fochier, laquelle éprouvait des souffrances atroces, au niveau du foie. La masse fibreuse comprimera les organes abdominaux et il en résultera divers accidents : obstruction intestinale, constipation opiniâtre si l'intestin est en cause, dysurie si c'est la vessie, pyélite, hydro-néphrose et urémie si l'uretère et le rein sont comprimés. L'utérus peut être gêné dans son développement lors de l'état de grossesse et la tumeur peut créer une cause de dystocie quand elle est enclavée dans le bassin. Il peut subvenir de l'ascite par suite de la compression des vaisseaux abdominaux.

L'état général peut être atteint par suite des réactions que sont à même de subir l'estomac et le cœur.

On voit des désordres de l'estomac, nausées, vomissements, crampes douloureuses, et le cœur, comme dans la grossesse, peut être troublé dans son fonctionnement.

Dans le cas de gangrène du fibrome, la malade peut présenter un état de gravité exceptionnelle.

« Le facies ⁽¹⁾ est amaigri, d'une coloration voisine du jaune paille, les lèvres sont pâles et décolorées, les yeux sont excavés, la faiblesse est extrême. Sueurs profuses, frissons répétés, la température est plus souvent élevée. La soif est vive, l'anorexie est complète, nausées, vomissements, parfois même diarrhée qui contribue encore à l'affaiblissement. Bref, il y a résorption du pus, la septicémie, avec son cortège symptomatique, est là qui menace la malade ».

Quant aux signes physiques, il faut les demander à la palpation abdominale. La tumeur, surtout si elle n'est pas retenue par de nombreuses adhérences, est essentiellement mobile. Elle peut être de consistance dure ou produire une sensation de rénitence et de fluctuation, si elle est œdémateuse, si elle est devenue fibro-kystique, si elle passe à la suppuration.

En présence de ces symptômes, peut-on poser le diagnostic de fibromes aberrants.

L'évolution lente fera penser à une tumeur bénigne de l'abdomen. La concomitance de fibromes utérins avec leur réaction sur l'organe, pourra conduire à l'idée d'un fibrome pédiculé.

L'opération et l'autopsie peuvent seules donner des résultats positifs. On éliminera la tumeur abdominale simple, soit par l'existence des adhérences contractées, soit par l'analogie de la masse fibreuse avec les fibromes utérins, soit par la coexistence de ces derniers. L'absence de pédicule permettra de rejeter les fibromes pédiculés sous-péritonéaux.

(1). Guyotat, *loco citato*.

Avant l'opération, est-il possible d'affirmer s'il existe des adhérences ?

« Si la main fait jouer librement les parois abdominales sur la tumeur, dit Caternault (1), si cette dernière se laisse déplacer, on doit conclure à la non-existence d'adhérences et vice-versa. La mobilité de l'ombilic est un bon signe. Mais, le jeu des parois abdominales est-il toujours facile à obtenir, facile à apprécier ? Non, deux circonstances nous semblent particulièrement propres à rendre obscur cet état de mobilité et de fixité.

« D'une part on peut avoir affaire à une femme très grasse ; d'un autre côté, la tumeur, sans être flanquée d'adhérences, peut cependant demeurer solidement enclavée dans le petit bassin. »

(1). Caternault, *loco citato*.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

L'étude du traitement est subordonnée à l'étude des symptômes.

Existe-t-il de la douleur ou de la gêne ? Si non, une opération est inutile.

Si le fibrome est douloureux, s'il incommode, soit par sa grosseur, soit par les phénomènes résultant de la compression qu'il fait subir aux organes abdominaux, l'intervention est nécessaire.

La laparotomie est l'opération de choix. La difficulté surviendra des adhérences contractées par la tumeur. En ce cas, il faut agir avec prudence, ne pas se servir, autant que possible, de l'instrument tranchant, décoller avec les doigts et ne pas exercer de fortes tractions, de peur de produire une déchirure des organes.

Au cas d'hémorrhagie survenant au cours de cette intervention, on aura recours à la compression, aux ligatures et à la péritonisation.

Comme complication tardive, il peut se présenter au bout d'une quinzaine de jours environ, une gangrène de l'intestin, quand, dans le cours de l'opération, on dédouble le mésentère,

CONCLUSIONS

I. D'après les observations recueillies, il est démontré, contrairement à l'opinion de Virchow, qu'il existe des fibromes aberrants utérins de la cavité abdominale, c'est-à-dire des fibromes ayant appartenu à l'utérus et s'étant séparés complètement de cet organe.

II. Le détachement des fibromes pédiculés sous-péritonéaux se fait, soit par élongation et, finalement rupture du pédicule, soit par le tiraillement des fausses membranes, soit par torsion et rupture du pédicule, soit enfin par inflammation et nécrose des tissus du pédicule.

III. Les fibromes aberrants n'ont pas de lieu fixe dans la cavité abdominale.

Leur constitution est variable. On peut trouver le fibrome classique, la tumeur fibro-kystique ; ils sont susceptibles de subir les dégénérescences graisseuse et calcaire, peuvent être frappés de gangrène et passer à la suppuration.

IV. Parfois, ils ne laissent pas soupçonner leur présence.

Comme symptômes fonctionnels, ils peuvent occasionner de la douleur et des phénomènes de compression.

Les fibromes gangrénés donnent lieu à un état particulier assez grave.

Comme symptômes physiques, la mobilité de ces tumeurs est le principal signe.

Le diagnostic certain ne peut être fait qu'au moment de l'opération ou à l'autopsie.

V. La laparotomie est indiquée dans le cas d'intervention.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FOCHIER.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR
G. COMPAYRÉ.

Lyon, le 24 mai 1899.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CATERNAULT. — De la gastrotomie dans le cas de tumeurs fibreuses péri-utérines. Thèse de Strasbourg (1866).

DEMARQUAY et SAINT-VEL. — Traité des maladies de l'utérus (1876).

GUYON. — Des tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse de concours. Paris (1860).

KURZ. — Nécrose des tissus du pédicule. Centralblatt für gynécologie (1895).

MACÉ. — De la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus. Thèse de Paris (1897).

PLANQUE. — De la torsion des fibromes utérins. Thèse de Paris (1897).

POZZI. — Traité de gynécologie.

TURNER. — Edimbourg Medical Journal, p. 698 (1861).

VERCOUTRE. — Des corps libres intra-péritonéaux. Thèse de Paris (1873).

WIRCHOW. — Pathologie des tumeurs. Traduction par Aronsohn. T. III (1871).

